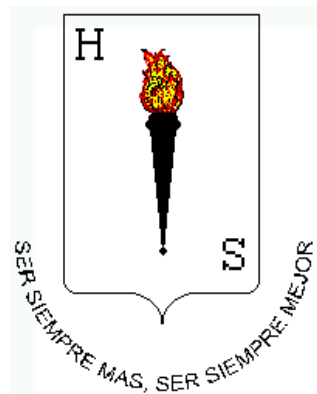


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA  
SALUD.

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS:

**EXPEDIENTE CLÍNICO DENTRO DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE  
LA SALUD, MORELIA MICHOACÁN**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

LILIANA FLORES PRIETO

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

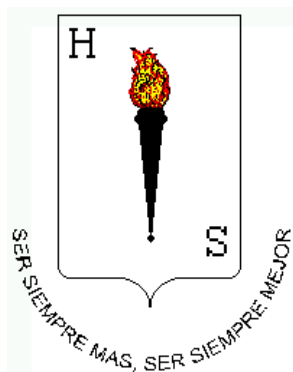
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA  
SALUD.

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS:

**EXPEDIENTE CLÍNICO DENTRO DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE  
LA SALUD, MORELIA MICHOACÁN**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

LILIANA FLORES PRIETO

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

	Pàg.
<b>CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>1</b>
1.1 Antecedentes del expediente clínico.....	1
1.1.1 Expediente Clínico.....	3
1.1.2 Normas básicas.....	5
1.1.3 Características del expediente clínico.....	7
1.1.4 Lineamientos para el manejo del expediente clínico.....	9
1.1.5 Apertura del expediente clínico.....	11
1.1.6 Préstamo del expediente clínico.....	13
1.1.7 Préstamo del expediente clínico en consulta externa.....	15
1.1.8 Préstamo del expediente clínico en hospitalización y urgencias.....	15
1.1.9 Préstamo del expediente clínico para enseñanza o investigación.....	16
1.1.10 Devolución del expediente clínico.....	16
1.2 Campo de aplicación.....	17
1.2.1 Datos incluidos en el expediente.....	18
1.2.2 Solicitud del expediente clínico.....	19
1.3 Definiciones.....	20
1.4 Generalidades.....	22
1.4.1 Historia Clínica.....	25
1.4.2 Nota de evolución.....	26
1.4.3 Nota de Interconsulta.....	26
1.4.4 Nota de egreso.....	30
1.4.5 Hoja de enfermería.....	30
1.4.6 Otros documentos.....	31
1.5 Características de los datos registrados en el expediente.....	35
Precisión.....	35
Brevedad.....	35
1.5.1 Historia clínica o médica.....	36

1.5.2 Hojas Anexas.....	36
1.5.3 Gráficas .....	37

**CAPÍTULO 2: DEFINICIONES DEL CONTENIDO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.....38**

2.1 Normatividad nacional de los registros clínicos de enfermería .....	40
2.1.1 Recomendaciones de la CONAMED para la elaboración de los registros clínicos de enfermería .....	40
2.2. Hoja de enfermería .....	42
2.2.1 Lineamientos para el manejo de la hoja de registros clínicos de enfermería .....	43
2.3 Características de un registro de calidad .....	47
2.3.1 Porqué registrar .....	47
2.3.2 Para qué registrar.....	48
2.3.3 Cuando hay que registrar.....	49
2.3.4 Como hay que registrar .....	49
2.3.5 Cuánto registrar .....	50
2.3.6 Quién debe registrar .....	51
2.3.7 Los Registros de Enfermería .....	51
2.4 La importancia del expediente médico .....	55
2.4.1 Lineamientos para el manejo de la hoja de registros clínicos de enfermería .....	57
2.5 Ley general de salud.....	59
2.5.1 Artículo 3o. ....	60
2.5.2 Acreditación y certificación de hospitales.....	64
2.5.3 ¿Qué es la certificación?.....	66
2.6 Código de ética.....	68
2.6.1 La medicina, enfermería y el código de ética .....	69
2.7 Decálogo de Enfermería.....	70

**CAPÍTULO 3: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... 73**

3.1 Justificación .....	74
3.2 Objetivo general.....	74
3.3 Objetivos específicos .....	75
3.4 Hipótesis.....	75

Variables .....	75
3.5 Estrategia metodológica .....	76
Acción.....	76
Tipo de investigación .....	76
Concepto de método de investigación .....	77
3.6 Evaluación .....	78

**CAPÍTULO 4: DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS ..... 79**

**CONCLUSIONES**

**GLOSARIO**

**FUENTES DE CONSULTA**

**ANEXOS**

## Agradecimientos

Quiero agradecer a toda mi familia primeramente por haberme apoyado durante esta experiencia y por este logro que juntos hemos soñado y hecho con mucho esfuerzo.

A mi asesora de Tesis y al Doctor Carlos Bedolla Zavala quienes fueron mis grandes apoyos para lograr esta tesis donde juntos hemos dedicado tiempo y dedicación para llevar a cabo esta investigación.

A mis amigas porque en momentos buenos y malos me han dado ánimos y me han brindado su amistad para poder lograr lo que siempre hemos soñado y que con un gran sacrificio hemos luchado para concluir con nuestros estudios.

## Dedicatorias

### *A Dios:*

Por haberme guiado en un buen camino, por darme fuerzas y entusiasmo para realizar lo que con tanto esfuerzo me he propuesto dentro de mi profesión y por guiarme por un buen camino para la realización de todos mis propósitos.

### *A mi Familia:*

También quiero dedicar esta tesis a mis padre que con tanto sacrificio me a apoyado en todos los aspectos a pesar de las adversidades que han sucedido durante mi preparación; ha sido un buen ejemplo y una persona en la cual puedo confiar en todo. Le agradezco tanto porque siempre cuento con él.

A mi madre que siempre ha estado conmigo en los momentos que más la necesito, le dedico esta tesis porque ella más que nadie sabe lo difícil y pesado que ha sido este trayecto. Le doy gracias por todo, porque a pesar de estar viviendo una experiencia tan difícil siempre ha sabido darme ánimos para seguir luchando junto conmigo por una experiencia que ambas hemos superado y saber cómo salir adelante.



A mis hermanos que siempre han estado conmigo en los peores y mejores momentos de mi preparación y porque siempre me han brindado su apoyo incondicional para cualquier circunstancia que se nos presente, en especial durante el proceso de la enfermedad de nuestra madre. Los amo tanto y les agradezco con todo mi corazón.

Espero que mi familia, amigos y las demás personas que estuvieron apoyándome durante esta preparación, estén orgullosos de todo el esfuerzo puesto en esta investigación tan significativa para mi preparación profesional, un GRACIAS no es suficiente para demostrar lo mucho que significa para mí el haber concluido mis estudios y este trabajo que realmente creo que vale la pena.

## INTRODUCCIÓN

El estudio que se desea llevar a cabo acerca del **manejo y llenado correcto del expediente clínico** es de suma importancia puesto que con el paso del tiempo se ha observado y tratado de modificar las diferentes características que debe llevar un expediente clínico dentro de cualquiera que sea la institución donde se lleve un manejo legal.

Durante esta investigación acerca del expediente clínico se desea informar y capacitar a todo el personal en salud que forma parte para realizar el llenado correcto de la hoja de egreso que corresponde al expediente clínico y que por lo tanto debe saber toda persona involucrada en la atención del paciente de forma médica que dentro de una institución al recibir o requerir cuidados y una atención médica, todo paciente debe contar con un expediente clínico.

Todo paciente debe contar con un expediente clínico que es de suma importancia tanto para el personal médico, como para los pacientes involucrados en situaciones de enfermedad y de atención médica. Es muy importante que cada persona conozca los derechos que le corresponden al contar con la atención dentro de alguna institución y que por lo tanto al contar con el expediente clínico puede estar protegido ante cualquier circunstancia que ocurra durante el proceso de la atención médica del paciente.

Todo personal tanto de enfermería y médico debe saber lo importante que tiene el manejo correcto y el manejo del expediente clínico, y es por eso que se tiene que comprender el manejo correcto del contenido del expediente clínico, también conocer que la nota de egreso con la cual se estará trabajando para más

investigación precisa, tiene que ser elaborada y llenada por el personal médico quien es el encargado del tratamiento y de los procedimientos médicos que se requieran dentro de la estancia en la institución de la salud .

Durante los antecedentes que se conocen sobre el expediente clínico que debe contar cada persona que necesite atención en la salud se ha observado que hasta ahora no se ha manejado con este dicho documento legal de la manera correcta pues hay datos e información que se ha tenido al margen y que el paciente en muchas de las veces no se ha comprendido y por lo tanto se desea que al realizar un llenado correcto y con el manejo de la hoja de egreso se podrá resumir todos los servicios de salud y todos los cuidados que se han manejado durante la estancia del paciente, como son cuidados, tratamiento, procedimientos, días de estancia, motivo de ingreso y motivos de egreso, etc.

La mayoría de las instituciones no realiza el manejo correcto del expediente por descuidos que pueden ser muy importantes pues pueden ocurrir consecuencias debido al mal manejo de este documento legal.

También todo personal involucrado en este manejo del expediente clínico debe saber que es un documento legal y que en cualquier situación que sea necesario de una revisión o de una queja será de suma importancia para cualquier decisión o pleito legal que pueda ocurrir durante los procedimientos o la atención médica de cada paciente.

La norma oficial mexicana nom-168-ssa1-1998 del expediente clínico trata sobre la importancia que conlleva el llenado y el manejo correcto del expediente clínico tratando de evitar, disminuir las negligencias o las malas acciones que pueden ocurrir en cualquier caso que se presente ante un paciente.

Es muy importante que todo el personal de enfermería y el personal médico que participa en conjunto para el bienestar y el cuidado del paciente sepan también de lo importante que es manejar un documento legal que ampare cualquier actividad o procedimiento que se realice dentro de la estancia del paciente y dentro de la institución que prestó sus servicios. Este correcto llenado se puede llevar a cabo con la disposición y capacitación previa de la enfermera quien junto con el demás personal de salud puede lograr que se logre un correcto llenado del expediente clínico al conocer las características y requisitos que se solicitan en la hoja de egreso.

# **CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO**

En el siguiente capítulo se brindarán algunas definiciones acerca del contenido de esta investigación, donde se muestran desde que es un expediente así como la norma que proporciona toda la información para lograr un manejo correcto del expediente clínico manejándolo como un documento legal para cada paciente.

También se brindará información importante para todo profesional de enfermería para que así mismo obtenga una información y orientación sobre la importancia que tiene el manejo del expediente clínico por parte del personal de enfermería y médico.

## **1.1 Antecedentes del expediente clínico**

El estudio que se desea llevar a cabo es de suma importancia puesto que con el paso del tiempo se ha observado y tratado de modificar las diferentes características que debe llevar un expediente clínico dentro de cualquiera que sea la institución donde se lleve un manejo legal.

Durante esta investigación acerca del expediente clínico se desea informar y capacitar a todo el personal en salud que forma parte de alguna institución de servicios de salud para el llenado correcto de la hoja de egreso que corresponde al expediente clínico y que por lo tanto debe saber toda persona involucrada en la atención del paciente de forma médica que dentro de una institución al recibir o

requerir cuidados y una atención médica, todo paciente debe contar con un expediente clínico.

Todo paciente debe contar con este documento legal que es de suma importancia tanto para el personal médico, como para las personas involucradas en situaciones de enfermedad y de atención médica. Es de mucha importancia que cada persona sepa los derechos que le corresponden al contar con la atención dentro de alguna institución y que por lo tanto al contar con este documento legal puede estar protegido ante cualquier circunstancia que ocurra durante el proceso de la atención médica del paciente.

Todo personal tanto de enfermería y médico debe saber la importancia que tiene el llenado correcto y el manejo del expediente clínico, y es por eso que se debe comprender el llenado correcto del contenido del expediente clínico, también debe saberse que la nota de egreso con la cual se estará trabajando para más investigación precisa, debe ser elaborada y llenada por el personal médico quien es el encargado del tratamiento y de los procedimientos médicos que se requieran dentro de la estancia en la institución de la salud .

Durante las investigaciones realizadas sobre el expediente clínico que debe contar cada persona que necesite atención en la salud se ha observado que hasta la fecha no se ha manejado con este dicho documento legal de la manera correcta pues hay datos e información que se ha tenido a l margen y que el paciente en muchas de las ocasiones no se ha comprendido y por lo tanto se desea que al realizar un llenado correcto y con el manejo de la hoja de egreso se podrá resumir todos los servicios de salud y todos los cuidados que se han manejado durante la estancia del paciente, como son cuidados, tratamiento, procedimientos, días de estancia, motivo de ingreso y motivos de egreso, etc.

La mayoría de las instituciones no realiza el manejo correcto del expediente por descuidos que pueden ser muy importantes pues pueden ocurrir consecuencias debido al mal manejo de este documento legal.

### **1.1.1 Expediente Clínico**

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

*“Se tomaron en cuenta los distintos ámbitos y fases del proceso continuado de la atención médica, en los que el uso del expediente clínico resulta imprescindible, destacando algunos aspectos del estado de salud del paciente, cuyo registro se considera de la mayor relevancia para su correcta integración, buscando que en el proceso de atención se generen los mayores beneficios”.(Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012).*

El Programa de Reforma del Sector Salud plasma la mejoría de la calidad de la atención en la presentación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos que en materia de salud de definen en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Alcanzar tal objetivo implica fortalecer y complementar los servicios y sus componentes.

El Instituto de Salud del Estado de México para garantizar con eficacia y oportunidad las demandas de la sociedad, ha venido instrumentando programas que contribuyan al fortalecimiento de una nueva gestión pública que responda con las expectativas de calidad de los servicios de salud a las que aspira la población de la Entidad; así, sobre las acciones integrales, que parten de una mejor atención de su personal en un trato digno, disminución de los tiempos de respuesta, mejor abastecimiento de los insumos, acondicionamiento de la infraestructura médica, hasta la sistematización, estandarización y actualización de sus instrumentos administrativos que permitan el manejo adecuado y transparente de la información que se genera en la atención son, entre otros, los factores que interactúan para lograr uno de los propósitos del modelo de salud en el Estado de México.

El instituto está centrando su atención en uniformar criterios y procedimientos tomando como uno de los elementos básicos, para la atención integral al paciente, la información emanada de la fuente primaria que es el Expediente Clínico, a fin de mejorar la satisfacción del usuario.

El Expediente Clínico es el documento que permite disponer de un registro organizado del proceso de salud-enfermedad del paciente y de las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación que se le practicaron; reúne un conjunto de documentos que identifican al usuario de los servicios y hace un relato patográfico individual, en donde se registran las etapas del estado clínico y de la evaluación cronológica del caso, hasta su solución parcial o total; mide el desempeño de los diferentes servicios que intervienen y la incertidumbre de los procedimientos realizados, así como las omisiones o deficiencias encontradas; es un instrumento para la enseñanza médica y la investigación clínica; es de carácter legal, confidencial y propiedad de la institución; para el instituto es un instrumento de autoevaluación del trabajo.



### **1.1.2 Normas básicas**

El Expediente Clínico deberá elaborarse para todos los pacientes desde la primera vez; El Expediente Clínico debe ser llenado por el Médico; El Expediente Clínico deberá actualizarse en los siguientes casos:

a). Cuando el paciente fue dado de alta y se presenta por cualquier nueva causa al servicio; y,

b). Cuando el paciente abandone el tratamiento y regrese después de un mes; El Expediente Clínico es propiedad del Instituto, es un instrumento expedido en beneficio del paciente, por lo tanto deberá de conservarse por un período mínimo de cinco años, contados a partir de la última fecha del acto médico registrado.

Los formatos que integran el Expediente Clínico para el Segundo Nivel de Atención deberán colocarse en el orden como se indican en este instructivo, con el propósito de estandarizar los archivos clínicos de las unidades médicas del Instituto, facilitar su ubicación y localización y permitir una mejor y ágil supervisión y aplicación de la normatividad; El médico, así como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos establecidos en el presente documento, en forma ética y profesional.

Los prestadores de servicio otorgarán la información verbal y el resumen clínico deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la solicitud, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad

competente; Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.

Las notas médicas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

En todos los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente, para arbitraje médico; El empleo de medios magnéticos, electromagnéticos, de telecomunicaciones será exclusivamente de carácter auxiliar para el expediente clínico; Los formatos del Expediente Clínico deberán ser llenados con letra de molde legible y, en su caso, utilizar números arábigos; El Consentimiento Informado deberá estar firmado por la persona responsable que autoriza el tratamiento, en caso de que no sepa escribir deberá colocar su huella digital y el responsable del servicio registrará el nombre de la persona que autoriza el tratamiento o responsable legal; Manual Operativo Expediente Clínico / Segundo Nivel de Atención.

El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios prestados de: consulta externa (general y especializada), urgencias y hospitalización.

Aparte de los documentos regulados en el presente documento como obligatorios, se podrá contar además con: sistema de identificación de la condición del riesgo de tabaquismo activo o pasivo, hoja frontal, de revisión, trabajo social, dietología, ficha laboral y los que se consideren necesarios para la atención

integral del paciente; En caso de que medie un contrato suscrito por las partes para la prestación de servicios de atención médica, deberá existir, invariablemente, una copia de dicho contrato en el expediente.

Las notas iniciales o de ingreso, notas de indicaciones médicas y notas de egreso, sólo serán consideradas en los servicios de urgencias y hospitalización, y serán identificadas en el formato de “Notas de Evolución”.

Para el caso de las notas de defunción y muerte fetal, se deberá utilizar el formato “Certificado de Muerte Fetal” que emite la Secretaría de Salud Federal.

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 60 fracciones I y V de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México, artículos 3.12 y 5.1 de su Reglamento, así como a los Criterios para la Clasificación de la Información Pública de las Dependencias, Organismos Auxiliares y Fideicomisos Públicos de la Administración Pública del Estado de México; la información contenida en los Expediente Clínicos es clasificada como confidencia.

### **1.1.3 Características del expediente clínico**

El Expediente Clínico es propiedad de la Institución y deberá conservarse como mínimo hasta cinco años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

Por su esencia el Expediente Clínico debe ser:

1. Confidencial

Todos los datos de un paciente son considerados confidenciales, por lo tanto, se rigen por normas específicas, para el acceso a ellos.

## 2. Seguro

Sólo el personal en Salud autorizado, tendrá acceso al Expediente Clínico.

## 3. Disponible

Debe preservarse la confidencialidad de los datos del expediente, éste debe ser un documento disponible en el momento en que se requiera por el personal autorizado, de acuerdo a las normas Institucionales.

## 4. Intransferible

El Expediente Clínico debe ser único para cada paciente, debido a la importancia de dar seguimiento en el proceso salud–enfermedad, por lo tanto, éste debe contener los datos necesarios, para identificar claramente al paciente.

## 5. Legible

Las anotaciones en el Expediente Clínico tienen que ser con letra legible y clara, evitando abreviaturas y símbolos.

## 6. Veraz

El Expediente Clínico debe caracterizarse por ser un documento veraz y fidedigno porque, en él se concentra la atención que se otorgó al paciente.

## 7. Exactitud

El Expediente Clínico debe ser preciso y claro, ya que contiene información relacionada con el paciente.

## 8. Con Rigor Técnico

Los datos contenidos deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosos para el propio enfermo, otros profesionales ó bien para la Institución.

## 9. Completo

Debe contener datos necesarios sobre la patología del paciente, reflejar todas las fases médico–legales que comprenden todo acto clínico-asistencial.

Así mismo, debe contener todos los documentos integrantes del Expediente Clínico de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

## 10. Identidad de sus usuarios

Todo facultativo o personal de salud que intervenga en la asistencia del paciente y en el manejo médico, debe anotar su participación con nombre completo, firma autógrafa y Cédula Profesional.

### **1.1.4 Lineamientos para el manejo del expediente clínico**

El Expediente Clínico de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, es el conjunto de documentos escritos, gráficos, de imagen o de cualquier otra índole en los cuales el personal de salud,

deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes de su intervención, conforme a las disposiciones sanitarias.

Art. 2 Cuando el Expediente Clínico sea requerido por autoridades externas (Comisión de Arbitraje Médico, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Comisión Federal de Prevención de Riesgos Sanitarios, Autoridades Judiciales, etc.) se enviará copia certificada. En caso de requerir el original, éste se enviará solo con autorización del Director General y/o del Director Médico, tendrá carácter devolutivo y el hospital deberá conservar una copia certificada.

Art. 3 Ningún empleado puede proporcionar información verbal o escrita del Expediente Clínico, para cualquier información, el interesado deberá tramitarla en la Dirección Médica. Igualmente solo los Jefes de División o de Servicio con su Vo. Bo. Pueden emitir un resumen médico basado en el contenido del Expediente Clínico.

Art. 4 Es responsabilidad del personal de Archivo Clínico que ningún Expediente

Clínico salga sin que se registre su destino. Asimismo, dicho personal esta obligado a cumplir con los controles y medidas de seguridad establecidas en los presentes Lineamientos y Ordenamientos Legales aplicables del Archivo Clínico, de lo contrario estarán sujetos a lo establecido en el Capítulo 9 del presente Ordenamiento.

Art. 5. Queda estrictamente prohibido retener Expedientes Clínicos fuera del Archivo Clínico.

Art. 6 Queda estrictamente prohibido sustraer, romper, modificar, mutilar, maltratar, fotografiar, video grabar o copiar por cualquier medio, los documentos que contenga el Expediente Clínico.

Art. 7 La información contenida en el Expediente Clínico debe ser manejada con discreción, ética, profesionalismo y confidencialidad, por todo el personal que tenga acceso al mismo. Respetando en todo momento lo establecido en la Ley Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Art. 8 El personal de Archivo tiene estrictamente prohibido prestar Expedientes Clínicos sin que se cubran los requisitos de los presentes lineamientos.

### **1.1.5 Apertura del expediente clínico**

Art. 9 Para la apertura del Expediente Clínico se requiere el llenado de la Solicitud oficial debidamente requisitada, firmada y sellada por el médico de base y/o residente de mayor jerarquía que atenderá al paciente. En ausencia de los anteriores, será el Jefe de Servicio o Asistente de la Dirección General, el encargado de realizar este trámite.

Art. 10 A los pacientes que acudan a Consulta Externa, la apertura del Expediente Clínico se realizará previo a la consulta programada, como mínimo 24 horas antes.

Art. 11 Aquellos pacientes que acuden al servicio de Urgencias y asisten por primera vez al hospital, que se encuentren en observación por más de 24 horas o vayan a ser hospitalizados, la apertura del Expediente Clínico se realizará en el Área de Admisión de Urgencias por personal autorizado. En caso de no ser

hospitalizado, la atención se proporcionará con la hoja de atención de urgencias y su folio se utilizará como clave para trámites.

Art. 12 El paciente o su familiar proporcionarán un documento de identidad oficial con fotografía (credencial de elector, cédula profesional, pasaporte, licencia de manejo, en el último de los casos y en ausencia de los anteriores, documento de reconocimiento personal con fotografía emitido por la Autoridad Delegacional o Municipal competente en su domicilio dentro de las primeras 24 horas, contadas a partir de su ingreso hospitalario, para garantizar la autenticidad de los datos a consignar en el área de Consulta Externa y Urgencias.

Art. 13 Para la apertura de Expedientes Clínicos en menores, se solicitará acta de nacimiento del menor, CURP e identificación oficial del padre o tutor con comprobante de domicilio.

Art.14 Para recién nacido, se abrirá Expediente Clínico sólo cuando éste se hospitalice como paciente y su apertura en el Expediente será como Hijo de (HD), (Los documentos de un recién nacido sano normal o mortinato se anexarán en el Expediente de la madre).

Art. 15 Para modificar el nombre del paciente en el Expediente Clínico se deben de cubrir los siguientes requisitos:

A. Adultos: No tener consulta el día del trámite; presentar acta de nacimiento o identificación oficial vigente; para el caso de extranjeros presentar pasaporte vigente o forma de inmigrante.



B Recién nacidos: No tener consulta el día del trámite; presentar constancia de nacimiento, acta de nacimiento e identificación oficial de los padres, en caso de extranjeros presentar pasaporte vigente o forma de inmigrante (Nota: Todos los documentos en original y copia.

### **1.1.6 Préstamo del expediente clínico**

El préstamo del Expediente Clínico en ventanilla, será sólo a personal autorizado de acuerdo a los presentes lineamientos: médicos de base y médicos residentes, por medio de un vale de préstamo completamente llenado y requisitado, por cada Expediente Clínico. El vale debe ser llenado por el solicitante, y el personal de Archivo Clínico verificará que esté completa y correctamente llenado. La entrega será únicamente con cotejo de gafete institucional vigente, el cual se retendrá hasta la devolución del o los Expedientes.

Art.16 El préstamo para el personal paramédico adscrito a alguna área médica y/o administrativa, facultado para ello se realizará por medio de un vale de préstamo, debidamente requisitado el cual deberá contar con el Visto Bueno del Jefe de Servicio y/o de la Dirección Médica.

El tiempo máximo de préstamo será de 48 horas, contadas a partir del momento de entrega. En caso de prórroga, será necesario renovar el vale no más de una vez, por un lapso de 48 horas.

Art. 17 Para la solicitud de más de tres y hasta veinte expedientes, para Sesiones Clínicas, Quirúrgicas, análisis clínico o epidemiológico, elaboración de resumen médico o de tesis, se realizará a través del multivale, con el Vo. Bo., sello

y firma del Jefe del Servicio, los cuales deberán solicitarse un día hábil previo a su uso.

El Programa de Reforma del Sector Salud plasma la mejoría de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Alcanzar tal objetivo implica fortalecer y complementar los servicios y sus componentes.

Destaca por su importancia, el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

Es importante señalar que para la correcta interpretación de la presente Norma Oficial Mexicana se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva en favor del personal médico a través de la cual los profesionales, técnicos-auxiliares de las disciplinas para la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

### **1.1.7 Préstamo del expediente clínico en consulta externa**

Art. 18 El préstamo de Expedientes Clínicos, para la consulta externa, se realizará de conformidad a lo señalado en el Artículo 16 de los presentes Lineamientos, antes de la 13:00 horas del día hábil previo a su uso, a través del personal autorizado por la Jefatura de Consulta Externa, señalándose en la solicitud de Expedientes.

Art.19 La entrega de Expedientes Clínicos para atención en la Consulta Externa programada, se realizará en el Archivo Clínico al siguiente día hábil de las 06:30 a 07:30 horas al personal de Recepción asignado a cada Servicio, realizando el cotejo, conteo de firmas y entrega-del vale correspondiente de entrega/recepción en el formato de solicitud de Expediente autorizado. La entrega física de los Expedientes se realizará antes de las 8:00 horas al personal de recepción en el control correspondiente.

### **1.1.8 Préstamo del expediente clínico en hospitalización y urgencias**

Art. 20 Los Expedientes Clínicos de pacientes que van a ingresar ya sea programados o por urgencias, serán solicitados por el Servicio de Admisión, mediante el formato de solicitud de Expediente Clínico.

Art. 21 Los Expedientes de ingresos programados serán solicitados por el servicio de admisión hospitalaria, un día previo al ingreso.

### **1.1.9 Préstamo del expediente clínico para enseñanza o investigación**

Art. 22 El Investigador podrá solicitar Expedientes Clínicos cuando correspondan a un protocolo de investigación vigente y autorizado por la Dirección de Investigación.

Art. 23 El Investigador entregará el formato de solicitud, completamente llenado y requisitado con 24 horas de anticipación.

Art. 24 Solo se prestará a cada Investigador un número no mayor a 20 Expedientes Clínicos por día.

Art. 25 El investigador revisará los Expedientes exclusivamente en el Área del Archivo Clínico.

Art. 26 La Dirección de Investigación proporcionará trimestralmente un informe de los protocolos de investigación autorizados y vigentes.

### **1.1.10 Devolución del expediente clínico**

Art. 27 La devolución de los Expedientes Clínicos debe ser en el tiempo y forma establecidos en estos lineamientos, de lo contrario se aplicarán las medidas conducentes en el Capítulo IX de sanciones.

Art.28 El personal de Recepción devolverá los Expedientes en orden numérico de acuerdo a la hoja de solicitud.

Art.29 El personal de Archivo Clínico recogerá expedientes en los controles de Consulta Externa a las 12:00, 13:30 y 14:30 horas, realizando cotejo, conteo y firmas correspondientes de entrega y recibido. Los Expedientes serán devueltos por el personal de Recepción al personal del Archivo Clínico. En ausencia del personal de recepción, Archivo Clínico lo notificará al Jefe de Consulta Externa.

Art.30 Cuando los expedientes no sean devueltos de Consulta Externa, deberán ser respaldados con una relación de expedientes, firmada y sellada por el médico tratante y médico residente de mayor jerarquía, quienes serán los responsables del resguardo hasta su entrega en Archivo Clínico. La citada relación o los vales de expedientes, deberán ser entregados con cotejo por la recepcionista al archivista: este último deberá devolver la relación anotando su nombre y firma de recibido o entregar el vale como evidencia de que se devolvió el expediente.

## **Objetivo**

Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.

## **1.2 Campo de aplicación**

La presente Norma Oficial Mexicana es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de

servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios, en los términos previstos en la misma.

### **1.2.1 Datos incluidos en el expediente**

Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto importante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.

Por lo anterior, por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer.

Cuando se trate de la publicación o divulgación de datos personales contenidos en el expediente clínico, para efectos de literatura médica, docencia, investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo, en cuyo caso, se adoptarán las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado.

Los datos proporcionados al personal de salud, por el paciente o por terceros, mismos que, debido a que son datos personales son motivo de confidencialidad, en términos del secreto médico profesional y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables. Únicamente podrán ser proporcionados a terceros cuando medie la solicitud escrita del paciente o representante legal debidamente autorizado por el paciente.

Derivado de que la información que contiene el Expediente Clínico es confidencial de acuerdo con la Ley Federal de Acceso a la Información Pública y a los lineamientos generales para la Clasificación y Desclasificación de la Información de las Dependencias y Entidades.

### **1.2.2 Solicitud del expediente clínico**

Sólo el titular de los datos o su representante, debidamente acreditado, podrán solicitar copia del expediente clínico, ya que se tratan de datos personales y confidenciales.

Cuando se trate de autoridades judiciales, órganos de la procuración de justicia y autoridades administrativas en ejercicio de sus funciones podrán solicitar el expediente clínico sin autorización expresa del titular o su representante.

El artículo 24 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental manifiesta que sin perjuicio de lo que dispongan otras leyes, sólo los interesados o sus representantes podrán solicitar a una Unidad de Enlace o su equivalente, previa acreditación, que les proporcione los datos personales que obren en un sistema de datos personales. Aquélla deberá

entregarle, en un plazo de diez días hábiles contados desde la presentación de la solicitud, en formato comprensible para el solicitante, la información correspondiente, o bien, le comunicará por escrito que ese sistema de datos personales no contiene los referidos al solicitante.

### **1.3 Definiciones**

Para los efectos de este ordenamiento se entenderá por:

Atención médica, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

Cartas de consentimiento bajo información, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios.

Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

Establecimiento para la atención médica, a todo aquél, fijo o móvil; público, social o privado, que preste servicios de atención médica ya sea ambulatoria o para internamiento, cualquiera que sea su denominación; incluidos los consultorios.



Expediente clínico, al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Hospitalización, al servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

Interconsulta, procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.

Paciente, al beneficiario directo de la atención médica.

Referencia-contrarreferencia, al procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

Resumen clínico, al documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.

Urgencia, a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata.

Usuario, a toda aquella persona, paciente o no, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

## **1.4 Generalidades**

Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:

Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y, en su caso, nombre de la institución a la que pertenece; en su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario; nombre, sexo, edad, domicilio del usuario; y los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

El médico, así como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos de la presente Norma, en forma ética y profesional.

Los prestadores de servicios otorgarán la información verbal y el resumen clínico deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la solicitud, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente.

Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.

En todos los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente, o a CONAMED, para arbitraje médico.

Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de la presente Norma, deberán apegarse a los procedimientos que dispongan las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.

Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente Norma deberán contener:

Nombre completo del paciente, edad y sexo y, en su caso, número de cama o expediente.

Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora.

Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

El empleo de medios magnéticos, electromagnéticos, de telecomunicación será exclusivamente de carácter auxiliar para el expediente clínico.

Las instituciones podrán establecer formatos para el expediente clínico, tomando como mínimo los requisitos establecidos en la presente Norma.

El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios prestados de: consulta externa (general y especializada), urgencias y hospitalización.

La integración del expediente odontológico se ajustará a lo previsto en el numeral 8.3.4 de la NOM-013-SSA2-1994 para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales, además de lo establecido en la presente Norma.

Para el caso de los expedientes de psicología clínica, tanto la historia clínica como las notas de evolución se ajustarán a la naturaleza de los servicios prestados, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, en razón de lo cual sólo atenderán a las reglas generales previstas en la presente Norma.

El registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes, se hará de conformidad con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Aparte de los documentos regulados en la presente norma como obligatorios, se podrá contar además con: cubierta o carpeta, sistema de identificación de la condición del riesgo de tabaquismo activo o pasivo, hoja frontal, de revisión, trabajo social, dietología, ficha laboral y los que se consideren necesarios.

En los casos en que medie un contrato suscrito por las partes para la prestación de servicios de atención médica, deberá existir, invariablemente, una copia de dicho contrato en el expediente.

Del expediente en consulta externa deberá contar con:

#### **1.4.1 Historia Clínica**

Deberá elaborarla el médico y constará de: interrogatorio, exploración física, diagnósticos, tratamientos, en el orden siguiente:

Interrogatorio.- Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, personales patológicos (incluido ex-fumador, ex-alcohólico y ex-adicto), y no patológicos, padecimiento actual (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones) e interrogatorio por aparatos y sistemas.

Exploración física.- Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales.

Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros; terapéutica empleada y resultados obtenidos, diagnósticos o problemas clínicos.

### **1.4.2 Nota de evolución**

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:

Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones) signos vitales; resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; diagnósticos, tratamiento e Indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalando como mínimo: dosis, vía y periodicidad; en el caso de control de embarazadas, niños sanos, diabéticos, hipertensos, entre otros, las notas deberán integrarse conforme a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas respectivas.

### **1.4.3 Nota de Interconsulta**

La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico.

La elabora el médico consultado, y deberá contar con:

Criterios diagnósticos

Plan de estudios

Sugerencias diagnósticas y tratamiento; y demás que marca el numeral 7.1.

Nota de referencia/traslado.

De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen con que se envía al paciente; constará de:

Establecimiento que envía; establecimiento receptor; resumen clínico, que incluirá como mínimo:

I. Motivo de envío

II. Impresión diagnóstica (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);

III. Terapéutica empleada, si la hubo.

De las Notas Médicas en Urgencias Inicial.

Deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente:

Fecha y hora en que se otorga el servicio;

Signos vitales;

Motivo de la consulta;

Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso;

Diagnósticos o problemas clínicos;

Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;

Tratamiento y

Pronóstico.

Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2. de la presente Norma.

En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, la cual realizará el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista.

De referencia/traslado.

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.3. de la presente Norma.

De las notas médicas en Hospitalización

### **De ingreso.**

Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes: signos vitales, resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso; resultados de estudios en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; y pronóstico.

### **Historia clínica.**

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.1. de la presente Norma.

### **Nota de evolución.**

Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2. de la presente Norma.

### **Nota de referencia/traslado.**



Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.3. de la presente Norma.

### **Nota Pre-operatoria**

Deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente incluyendo a los cirujanos dentistas (excepto el numeral 8.5.7 para estos últimos), y deberá contener como mínimo:

Fecha de la cirugía; diagnóstico; plan quirúrgico; tipo de intervención quirúrgica; riesgo quirúrgico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones) cuidados y plan terapéutico pre-operatorios; y pronóstico.

### **Nota Pre-anestésica, vigilancia y registro anestésico.**

Se realizará bajo los lineamientos de la Normatividad Oficial Mexicana en materia de anestesiología y demás aplicables.

### **Nota Post-operatoria.**

Deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente, al término de la cirugía, constituye un resumen de la operación practicada, y deberá contener como mínimo:

Diagnóstico pre-operatorio; operación planeada; operación realizada, diagnóstico post-operatorio, descripción de la técnica quirúrgica, hallazgos trans

operatorios, reporte de gasas y compresas; incidentes y accidentes; cuantificación de sangrado, si lo hubo; estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento trans operatorios, ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante, estado post-quirúrgico inmediato; plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato, pronóstico, envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico; otros hallazgos de importancia para el paciente relacionados con el quehacer médico y nombre completo y firma del responsable de la cirugía.

#### **1.4.4 Nota de egreso**

Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo: fecha de ingreso/egreso, motivo del egreso, diagnósticos finales, resumen de la evolución y el estado actual; manejo durante la estancia hospitalaria, problemas clínicos pendientes, plan de manejo y tratamiento, recomendaciones para vigilancia ambulatoria, atención de factores de riesgo (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones) pronóstico y en caso de defunción, las causas de la muerte acorde al certificado de defunción y si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia hospitalaria.

De los reportes del personal profesional, técnico y auxiliar

#### **1.4.5 Hoja de enfermería**

Deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

Habitus exterior, gráfica de signos vitales; ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía; procedimientos realizados y observaciones de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo:

Fecha y hora del estudio; identificación del solicitante; estudio solicitado; problema clínico en estudio; resultados del estudio; incidentes si los hubo; identificación del personal que realiza el estudio; y nombre completo y firma del personal que informa.

#### **1.4.6 Otros documentos**

Además de los documentos mencionados pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario, elaborados por personal médico, técnico y auxiliar o administrativo. En seguida se refieren los que sobresalen por su frecuencia: cartas de Consentimiento bajo información. Deberán contener como mínimo: nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso; nombre, razón o denominación social del establecimiento; título del documento; lugar y fecha en que se emite; acto autorizado; señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado, autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y nombre completo y firma de los testigos. Los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento bajo información serán:

Ingreso hospitalario

Procedimientos de cirugía mayor

Procedimientos que requieren anestesia general

Salpingoclasia y vasectomía

Trasplantes

Investigación clínica en seres humanos de necropsia hospitalaria

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.

Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento bajo información adicionales a las previstas en el inciso anterior cuando lo estime pertinente, sin que para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

En los casos de urgencia, se estará a lo previsto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

### **Hoja de egreso voluntario.**

Documento por medio del cual el paciente, familiar más cercano, tutor o representante jurídico solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar.

Deberá incluirse la responsiva médica del profesional que se encargará del tratamiento y constará de:

Nombre y dirección del establecimiento

Fecha y hora del alta

Nombre completo, edad, parentesco, en su caso, y firma de quien solicita el alta

Resumen clínico que se emitirá con arreglo en lo previsto en el apartado 5.8. de la presente Norma

Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo.

En su caso, nombre completo y firma del médico que otorgue la responsiva

Nombre completo y firma del médico que emite la hoja

Nombre completo y firma de los testigos.

Hoja de notificación al Ministerio Público.

En casos en que sea necesario dar aviso a los órganos de procuración de justicia, la hoja de notificación deberá contener:

Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador, fecha de elaboración, Identificación del paciente, acto notificado, reporte de lesiones del paciente, en su caso:

Agencia del Ministerio Público a la que se notifica

Nombre completo y firma del médico que realiza la notificación.

Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica

La realizará el médico conforme a los lineamientos que en su caso se expidan para la vigilancia epidemiológica.

Notas de defunción y de muerte fetal.

Las elaborará el personal médico, de conformidad a lo previsto en los artículos 317 y 318 de la Ley General de Salud, al artículo 91 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y al Decreto por el que se da a conocer la forma oficial de certificado de defunción y muerte fetal.

De los documentos correspondientes, deberá acompañarse, por lo menos, una copia en el expediente clínico.

Los documentos normados en el presente apartado deberán contener:

El nombre completo y firma de quien los elabora y un encabezado con fecha y hora

## **Objetivos**

La finalidad básica del expediente clínico es tener a mano documentación escrita con la mayor cantidad de datos acerca del paciente:

Sirve de base para las futuras prescripciones terapéuticas y planeación de la asistencia de enfermería.

Es una valiosa fuente de información para la enfermera en la elaboración del plan de cuidados.

Es un documento legal que tiene validez jurídica, los datos que contiene son confidenciales que no pueden ser exhibidos en un juicio sin autorización del enfermo.

Sirve como material de investigación.

La información contenida en el expediente sirve como complemento valioso para la educación del personal.

Es un documento que sirve como información estadística

Tiene como finalidad tener una constancia de tratamiento administrado al paciente y una comprobación automática de lo dispuesto por las autoridades de la institución.

## **1.5 Características de los datos registrados en el expediente**

### **Precisión**

Se deben registrar los datos con precisión y exactitud, se deben anotar las horas después de haber administrado los medicamentos, nunca antes. Las observaciones deben ser veraces y específicas ya que el expediente es un documento legal y no se admiten borradores. Todas las hojas del expediente deben estar debidamente rotuladas con los datos completos del paciente. Esto puede ayudar a que hayan errores o malos entendidos al realizar una valoración o una revisión del expediente; con esto podemos reportar con claridad todas las actividades realizadas durante el tratamiento y la estancia del paciente que tiene su expediente clínico propio.

### **Brevedad**

Todo dato registrado debe ser conciso y completo, deben evitarse las vaguedades.

Legibilidad: la escritura debe ser legible y debe escribirse con tinta, después de cada anotación se debe firmar y esta figurar la inicial del nombre y todo el apellido y su cargo con tinta del color del turno asignado.

### **1.5.1 Historia clínica o médica**

Los registros generalmente tienen siete componentes:

1. Hoja de control de signos vitales
2. Hoja de prescripción o indicaciones del médico
3. Hoja de historia Clínica
4. Hoja de Evolución médica
5. Hoja de exámenes de laboratorio y otros exámenes
6. Hoja de anotaciones de enfermería
7. Hoja de Ingreso y Egreso
8. Hoja de Identificación

### **1.5.2 Hojas Anexas**

1. Hoja de reporte operatorio: En esta hoja se manejan todos los datos llevados a cabo durante el evento quirúrgico ya sea material, procedimientos, personal de salud que participa en dicha cirugía.

2. Hoja de balance hídrico: es la relación existente entre los ingresos y las pérdidas corporales. Dado que en el volumen (hidro) se diluyen iones (electrolitos)



se habla de balance hidroelectrolítico. Para realizar el cálculo del balance hídrico se cuantifican los ingresos y pérdidas corporales por diferentes vías para establecer un balance en un período determinado de tiempo no mayor de 24 horas. Suele medirse en pacientes que se encuentran en cuidados intensivos (UCI) con problemas renales, cardíacos, con pérdidas de volumen de líquidos, sangre o electrolitos.

### **1.5.3 Gráficas**

Cuando las constantes vitales de un determinado paciente varían, por ejemplo el pulso, la presión arterial, medicamentos, balance hídrico y otros han de registrarse en forma exacta.

El registro clínico indica la temperatura corporal, la frecuencia del pulso, las lecturas de presión arterial y el peso. Algunos organismos también muestran la presión venosa central (PVC), la ingesta y excreción de líquidos cada 24 horas, la glucosa, etc. Es necesario llevar un registro a través de una gráfica que refleje a cabalidad los datos que ayudaran al médico a tomar decisiones con relación al tratamiento del paciente en relación a cambio de dosis de medicamentos, exámenes de diagnóstico, etc.

## **CAPÍTULO 2: DEFINICIONES DEL CONTENIDO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**

Para los efectos de este ordenamiento se entenderá por:

Atención médica, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

Cartas de consentimiento bajo información, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios.

Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

Establecimiento para la atención médica, a todo aquél, fijo o móvil; público, social o privado, que preste servicios de atención médica ya sea ambulatoria o para internamiento, cualquiera que sea su denominación; incluidos los consultorios.

Expediente clínico, al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud,

deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Hospitalización, al servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

Interconsulta, procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.

Paciente, al beneficiario directo de la atención médica.

Referencia-contrarreferencia, al procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

Resumen clínico, al documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.

Urgencia, a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata.

Usuario, a toda aquella persona, paciente o no, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

## **2.1 Normatividad nacional de los registros clínicos de enfermería**

De acuerdo con esta norma un registro de enfermería debe elaborarse por el personal del turno de acuerdo a las normas internas del establecimiento y debe cumplir con los siguientes requisitos como mínimo:

Habitus exterior.

Gráfica de signos vitales.

Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía.

Procedimientos realizados.

Observaciones.

### **2.1.1 Recomendaciones de la CONAMED para la elaboración de los registros clínicos de enfermería.**

Establecer una coordinación efectiva con el equipo interprofesional de salud.

Los registros en forma: clara, legible, veraz, oportuna y confiable.

Utilizar terminología técnico-médica de usos y aceptación universal.

Elaborar y considerar a los registros clínicos de enfermería como evidencia del cuidado. (NORMA OFICIAL MEXICANA 168-SSA-1998.)

### **2.1.2 Fundamentación legal de los registros clínicos de enfermería**

El Programa de reforma del Sector Salud plasma la mejoría de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan nacional de desarrollo 1995-2000. Alcanzar tal objetivo implica fortalecer y complementar los servicios y sus componentes.

Destaca por su importancia el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico. Es importante señalar que para la correcta interpretación de la presente Norma oficial mexicana se tomarán en cuenta, invariablemente, los

principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva en favor del personal médico a través de la cual los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

De los reportes del personal profesional, técnico y auxiliar.

## **2.2. Hoja de enfermería**

Deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

Habitus exterior.

Gráfica de signos vitales.

Administración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía.

Procedimientos realizados.

Observaciones.

## **2.2.1 Lineamientos para el manejo de la hoja de registros clínicos de enfermería**

Reglas para el registro de datos: en los 3 turnos los datos del encabezado se llenara con tinta azul. La información que se registre corresponde a los colores; Azul, primer turno. Verde, segundo turno. Rojo, tercer turno. La enfermera hará anotaciones de los datos variables de la información, simultáneamente cuando se sucedan los hechos. La redacción y las anotaciones deberán ser de buena calidad con la brevedad necesaria.

Esta forma deberá ser utilizada en original por paciente y para tres días de hospitalización.

Esta forma se conservará en el expediente clínico hasta el momento de la depuración de este.

El personal de enfermería del turno matutino deberá integrar la hoja al expediente clínico, una vez que se han registrado los tres días, cuando el paciente egreso en otro turno, esta actividad deberá hacerla el personal del turno respectivo.

La hoja debe de ser llenada con:

Objetividad: Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.

No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos.

Describa de forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva.

Anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas.

Registrar sólo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados.

Precisión y exactitud: Deben ser precisos, completos y fidedignos.

Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa.

Expresar sus observaciones en términos cuantificables.

Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto.

Se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00) firma legible de la enfermera responsable.

Anotar todo de lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. "Lo que no está escrito, no está hecho"



Legibilidad y claridad: Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.

Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.

Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente.

Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término.

No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Corregir los errores, tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado "error" con firma de la enfermera responsable.

Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más apellido completo o bien iniciales de nombre y dos apellidos.

No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas.

Simultaneidad: Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno. Evitando errores u omisiones, consiguiendo un registro exacto del estado del paciente.

Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas.

Aquello que no se debe anotar:

Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, no descalificando al paciente.

No hacer referencia a la escasez de personal y conflictos entre compañeros.

Intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como "accidentalmente", "de alguna forma".

No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal y como ocurren al referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad.

No anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinados hechos, si ésta información se ha producido de forma informal o en determinados lugares o situaciones no apropiadas.

La realización correcta de los registros, puede ser nuestra mejor defensa ante un problema legal.(Norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico)

## **2.3 Características de un registro de calidad**

Las condiciones que debe cumplir un registro para ser considerado un registro de calidad son:

Registro de la atención y actividad de la planificación así como la prestación de cuidados a pacientes.

Los sistemas de registro de enfermería deben ser eficaces, efectivos y eficientes.

Los criterios de calidad de un registro enfermero, deben evaluar cómo se da respuesta a las necesidades del proceso asistencial, asegurando la calidad científico-técnica, la satisfacción del paciente y del mismo enfermero, que permita el avance del conocimiento y de respuesta a las necesidades de salud de la población.

### **2.3.1 Porqué registrar**

Responsabilidad jurídica; se debe registrar al menos: la evolución y planificación de cuidados de enfermería, la aplicación terapéutica de enfermería y el gráfico de constantes. La historia clínica es el documento testimonial ante la autoridad judicial, es la documentación legal de los cuidados de enfermería.

Responsabilidad moral, por respeto a los derechos de los pacientes y a la contribución del desarrollo de la enfermería y su responsabilidad profesional.

Razones asistenciales, sin duda el registro de toda la información referida al proceso del paciente va a contribuir a la mejora de los cuidados que se presten y a la calidad de estos, aumentando la calidad percibida por el paciente que constatará la continuidad de los cuidados independientemente de cual sea el profesional que le atiende. Es imprescindible el registro para un aseguramiento de la continuidad de los cuidados, pilar básico en la calidad de los mismos.

Investigación, toda la información que proporciona la historia clínica puede ser la base para la investigación de los trabajos de enfermería, proporcionar datos para el análisis estadístico que permita conocer mejor la evidencia científica y la mejora continua de los cuidados, por tanto, los cuidados deben estar recogidos en la historia clínica además de servir como base para la mejora de la calidad a través de su análisis y valoración.

Gestión, el desarrollo de los registros permitirá a los gestores determinar las cargas de trabajo, las necesidades derivadas de estas y la adecuación de los recursos asistenciales.

Formación y docencia. Los registros en la historia clínica son una fuente de información para los alumnos de enfermería y para su propia formación.

### **2.3.2 Para qué registrar**

Para cumplir con el imperativo legal.

Mejorar la calidad científico-técnica (el intercambio de la información que suministran unos buenos registros mejora la calidad en la atención prestada).

Lenguaje común (metodología); un lenguaje común entre los profesionales, favorece la evolución y la mejora de la calidad asistencial, el desarrollo del conocimiento enfermero y facilita la inclusión en los registros informáticos.

Para disminuir la variabilidad de los cuidados, garantizando su continuidad a la investigación y docencia.

Para dar legitimidad y reconocimiento social e institucional.

### **2.3.3 Cuando hay que registrar**

En todo el conjunto de actos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente y en todos los espacios de atención.

Si analizamos al tiempo en el que deben iniciarse los registros observamos que la valoración inicial debe realizarse lo antes posible, su demora puede tener como consecuencia la omisión u olvido de alguna anotación; se tiene en cuenta que lo que no se registra no existe.

### **2.3.4 Como hay que registrar**

Cuando se trate de formato en papel, se debe escribir de forma legible y ordenada, evitando abreviaturas que no sean de uso generalizado, tachaduras.etc., podemos afirmar que unos buenos registros denotan unos buenos cuidados, y viceversa unos registros defectuosos pueden ser interpretados como una mala ejecución de los cuidados, sobre todo con el paso del tiempo. Los registros informatizados nos ayudan a salvar estas dificultades.

Utilizando metodología común (Valoración patrones /de NANDA/NOC/NIC) normalizando el trabajo enfermero. (Proceso Atención Enfermería) La inclusión de la metodología y el esfuerzo por la utilización de un sistema de lenguaje común facilitará la comunicación y el camino a los registros informativos.

Estandarizando planes y cuidados para el registro.

### **2.3.5 Cuánto registrar**

Registrar la información de manera rápida, clara y concisa.

La información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan.

Facilitar la continuidad de los cuidados, garantizando la atención compartida (informe ingreso/alta enfermería).

Evitar la repetición de los datos.

Facilitar datos a la investigación.

El registro a los tiempos asistenciales y cargas de trabajo.

### **2.3.6 Quién debe registrar**

"Los profesionales sanitarios tienen el deber de complementar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa que guarden relación con los procesos clínicos. (Norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, CONAMED )

### **2.3.7 Los Registros de Enfermería**

Los registros de enfermería son el soporte documental donde queda plasmada la información sobre la actividad enfermera referente a una valoración, tratamiento y evolución de una persona concreta. Además de ser una fuente de docencia e investigación, permitiendo así el análisis estadístico que contribuye al desarrollo de nuestra profesión y la mejora de los cuidados. Otra de sus finalidades es la jurídico-legal, pues los registros constituyen el testimonio documental de los actos del profesional a requerimiento de los tribunales.

En el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" se realizó una investigación sobre: La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico; a través de la revisión del expediente de pacientes hospitalizados en el Servicio de Urgencias y Unidad Coronaria de dicho instituto, del 18 de octubre al 5 de noviembre de 1999. Entre los hallazgos más importantes destaca el nivel de conocimiento acorde a la elaboración de los registros de enfermería, no obstante hubo una alta incidencia de enfermeras que no registran los aspectos psicoemocionales, socioeconómicos y espirituales aun cuando se proporcionen al paciente. Cabe mencionar que el concepto que tienen las enfermeras referente a sus registros no debe ser considerado como asunto separado sino como componente integral del proceso de enfermería.

Otro estudio realizado por Chaparro L., cuyo objetivo era conocer lo que registra el profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado en los servicios de hospitalización de segundo nivel, se demostró que los registros de mayor uso son: hoja de medicamentos, ordenes de enfermería, ordenes médicas. Adicionalmente se observó que la continuidad del cuidado no se demuestra por la escasa aplicación del proceso de enfermería.

De acuerdo a la Secretaria de Salud un proyecto realizado en el año de 1998 de la norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico, la hoja de enfermería deberá elaborarse por el personal en turno.

En la literatura revisada es común encontrar una preocupación por hallar un modelo viable en la práctica, que proporcione estrategias de intervención para incrementar el nivel de cumplimiento de los criterio técnicos y normativos de los registros, además de una similitud en la identificación de la fallas que se cometen con más frecuencia frente a los registros.

1. Uso inadecuado de términos médicos.
2. Empleo de notas descriptivas con repetición de anotaciones de cuidado y observaciones de rutina con ausencia de juicio profesional y precisión.
3. Presencia de información no válida, extensa que no refleja con claridad los problemas, las necesidades, capacidades y limitaciones de los pacientes.



4. La concepción del registro de enfermería como elemento estático, puntual en el tiempo y no como un proceso continuado durante las intervenciones de cuidado que se le prodigan al paciente.

5. Complimentados en su totalidad por personal auxiliar de enfermería y estudiantes en formación con diversos estilos para su redacción.

6. La evaluación que se hace a los registros obedece más a exigencias administrativas para la facturación y pago de servicio lo que convierte la auditoria del registro en un acto punitivo más que un instrumento formativo.

7. Un bajo cumplimiento de la normatividad: falta de datos de identificación, errores gramaticales, uso de corrector, borrones, abreviaturas no convencionales que inducen a error, líneas en blanco, firmas ilegibles y sin código.

8. Considerar que el registro puede realizarse después de completar otras tareas, "si hay tiempo".

9. No existe un consenso a la hora de registrar de forma estandarizada, en cada servicio, se realizan de diversas formas.

10. A partir de los contenidos de los registros no es fácil conocer el estado actual de la persona, sus limitaciones funcionales, su nivel actual de actividad.

11. Los registros reflejan falta de experiencia en su elaboración, se ignoran aspectos psicológicos, emocionales, socioeconómicos y espirituales de los pacientes.

12. Registros desordenados y sin un punto de enfoque, evidencian falta de conocimiento ó juicios clínicos.

13. La frecuencia del diligenciamiento de los registros por parte de la enfermera, no es suficiente para evidenciar su cuidado y los resultados de sus intervenciones.

14. Las diferencias de objetivos que existen entre la elaboración del registro en la práctica y la formación del estudiante, por un lado enseñar cómo hacerlo adecuadamente y por otro, el modelo de la enfermera asistencial que escasamente registra por estar inmersa en registros diferentes al acto de cuidar.

Los aspectos anteriormente listados permiten ser clasificados en términos de proceso. Es posible que el incumplimiento en el diligenciamiento del registro esté relacionado con la falta de capacitación del personal de enfermería y es hacia ese factor de proceso donde deben dirigirse las intervenciones. La identificación de áreas de desempeño problemáticas o poco fiables en la práctica es un prelude necesario para la elaboración de estrategias e instrumentos útiles en apoyo a la toma de decisiones.

Como se deduce de todo lo anterior, el camino no es simplemente encontrar una manera de registrar las intervenciones de enfermería, sino uno que conlleve a intentar encontrar mejores maneras de manejar y transformar la

información para apoyar la práctica enfermera, por otro lado al establecimiento de un compromiso entre la academia y la asistencia para definir la cantidad y calidad de la información básica a obtener de cada paciente a fin de facilitar el desarrollo de un sistema de anotación profesional eficiente basado en la suma de la experiencia acumulada y los avances teóricos que repercuten en la práctica.

En la búsqueda conjunta de mecanismos que permitan el desarrollo de registros más profesionales por parte de los enfermeros, algunos puntos de partida podrían ser:

La identificación minuciosa de qué escribir y cómo escribirlo, requiere analizar la práctica de enfermería, ampliar el conocimiento enfermero e investigar la naturaleza y usos de los datos que deriven en el conocimiento de cuáles son los problemas que maneja enfermería y porqué revisten importancia.

Listar los documentos que rutinariamente diligencian para preguntarse y responder ¿Que tanto el personal de enfermería conoce sobre la importancia de el correcto de llenado de este tipo de registros? Parece una pregunta sencilla de responder, pues siendo el personal de enfermería autoras de estos registros debieron conocer su importancia y trascendencia no solo en el marco jurídico-legal si no también en el marco profesional y determinar la calidad asistencial que se brinda.

## **2.4 La importancia del expediente médico**

Todo expediente médico consta de las informaciones generales de identificación de la persona a fin de localizarla en caso de necesidad. Entre otros

datos, se requieren: el nombre completo de la persona, sexo, fecha de nacimiento, edad, dirección física y electrónica, teléfonos, fecha y hora de recolección.

Se recogen los datos sobre las razones que la llevan a consultar al médico y acerca de sus dolencias si las hubiere. Una vez conocido esto último, se interroga al paciente, acerca de la evolución del padecimiento y medicinas tomadas durante el embarazo de su madre, parto, nacimiento y toda la evolución desde el momento de nacer. En caso de que se trate de un joven o una persona mayor que neurológicamente se encuentra aparentemente normal, habrá muchas preguntas sobre el embarazo, parto, crecimiento y desarrollo que se obviarán. En cambio, si la persona presenta malformaciones o deformaciones o retraso psicomotor, se hará hincapié en la evolución del embarazo y parto, entre otras preguntas.

Se acopian las informaciones acerca del desarrollo de su vida, las veces que ha estado enfermo y los diagnósticos establecidos. Igualmente, si ha sido intervenido quirúrgicamente, los medicamentos tomados y los que está tomando; las dosis, intervalos de dosis y otras informaciones relacionadas. También se deberá registrar los exámenes de laboratorio realizados, resultados, y otros exámenes para diagnóstico, tales como rayos x, sonografía, tomografía, entre otros.

Una vez completada la información, pasamos al examen físico. En esta etapa del proceso se pesa y mide al paciente; se observa y palpa su cuerpo para apreciar cualquier anomalía que pueda presentar; se le toma la presión arterial, pulso y respiración, entre otras. Todo lo encontrado normal o anormal se describe en el expediente médico.

Una vez realizado el examen, se escribe la sospecha diagnóstica y las recomendaciones: exámenes complementarios y medicamentos si requiere administrarse.

Las informaciones recogidas en el expediente son estrictamente confidenciales y si el médico u otra persona, por cualquier razón, viola la confidencialidad del paciente, puede ser sometido a la justicia por la persona afectada o sus familiares.

En los estudios de investigación, los expedientes de los pacientes son guardados de por vida y cuando, por cualquier razón, hay que referirse a un paciente determinado, se hace por la numeración que se le había asignado. Ni siquiera se utiliza las iniciales del paciente para evitar transparentar su identidad.

#### **2.4.1 Lineamientos para el manejo de la hoja de registros clínicos de enfermería**

Reglas para el registro de datos: en los 3 turnos los datos del encabezado se llenara con tinta azul. La información que se registre corresponde a los colores; Azul, primer turno. Verde, segundo turno. Rojo, tercer turno. La enfermera hará anotaciones de los datos variables de la información, simultáneamente cuando se sucedan los hechos. La redacción y las anotaciones deberán ser de buena calidad con la brevedad necesaria.

Esta forma deberá ser utilizada en original por paciente y para tres días de hospitalización.

Esta forma se conservará en el expediente clínico hasta el momento de la depuración de este.

El personal de enfermería del turno matutino deberá integrar la hoja al expediente clínico, una vez que se han registrado los tres días, cuando el paciente egreso en otro turno, esta actividad deberá hacerla el personal del turno respectivo.

En la actualidad es un hecho que en la profesión existe todavía un amplio colectivo de enfermeras que no dan la suficiente importancia a los registros de su actividad, considerando así al papel como una obligación administrativa que les aparta de su labor asistencial.

El sector de enfermería que indudablemente ha cumplido y cumple a la perfección su trabajo a "pie de cama", ha sabido "inventar" documentos al margen de la historia del paciente, que les han servido para comunicarse con el resto de enfermeras cuando han considerado necesaria la transmisión de alguna información (libros de incidencias, libros de registro, exploraciones, notas en tablón de anuncios), a lo que se ha añadido la información verbal transmitida en los cambios de turno. Sin embargo diversas razones se usan para seguir justificando su postura: la falta de tiempo, la carga de trabajo asistencial, falta de aplicabilidad, dificultades con la metodología, incluso admiten algunos las dificultades de plasmar por escrito su trabajo, por la falta de costumbre o por el desconocimiento del lenguaje adecuado.

## 2.5 Ley general de salud

Todo proceder médico y de enfermería está normado por la ley general de salud, el ARTÍCULO 3o. está conformada por los siguientes incisos:

En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

I. La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III y IV, de esta Ley.

II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;

13 II bis. La Protección Social en Salud;

III. La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el artículo 34, fracción II;

IV. La atención materno – infantil; 36

IV Bis. El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas;

25 V. La salud visual

25 VI. La salud auditiva

VII. La planificación familiar

## VIII. La salud mental

Como se puede observar el inciso I, hace mención de la organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimiento de salud... de esta ley emana la norma oficial mexicana nom-168-ssa1-1998 del expediente clínico la cual menciona que es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios, en los términos previstos en la misma.

Destaca por su importancia, el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

### **2.5.1 Artículo 3o.**

En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:



I. La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III y IV, de esta Ley;

II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;

II bis. La Protección Social en Salud;

III. La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el artículo 34, fracción II;

IV. La atención materno – infantil;

IV Bis. El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas;

V. La salud visual

VI. La salud auditiva

VII. La planificación familiar;

VIII. La salud mental;

13 Adición en Diario Oficial de 15 de mayo 2003

36 Adicioón en Diairio Oficial de 19 de septiembre de 2006

25 Adición en Diario Oficial de 24 de febrero de 2005

IX. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;

X. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud;

XI. La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos;

XII. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país;

XIII. La educación para la salud;

XIV. La orientación y vigilancia en materia de nutrición;

XV. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre;

XVI. La salud ocupacional y el saneamiento básico;

XVII. La prevención y el control de enfermedades transmisibles;

XVIII. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes;

XIX. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos;

XX. La asistencia social;

XXI. El programa contra el alcoholismo;

XXII. El programa contra el tabaquismo;

XXIII. El programa contra la farmacodependencia;

XXIV. El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación;

XXV. El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos;

XXVI. El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos incluídos en la fracción XXII y XXIII;

XXVII. El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere esta Ley;

XXVIII. El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células<sup>5</sup> y cadáveres de seres humanos;

XXIX. La sanidad internacional, y

XXX. Las demás materias, que establezca esta Ley y otros ordenamientos legales, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional.

## **2.5.2 Acreditación y certificación de hospitales**

De acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, uno de los objetivos es asegurar el acceso a servicios de salud de la población en general y para que los establecimientos de atención médica puedan ser considerados para la prestación de servicios de salud del Seguro Popular, estos deben cumplir una serie de requisitos definidos por la Secretaría de Salud a través del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

Es por esta razón que existen mecanismos como la acreditación y certificación de establecimientos de atención médica. En primer lugar, la acreditación consiste en el procedimiento de verificar las condiciones requeridas para la prestación de los servicios de salud cubiertos por el Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular.

Respecto a las características generales de la acreditación de establecimientos de atención médica, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, es la encargada de establecer los criterios para la acreditación de unidades, la cual se realiza en forma previa a la incorporación de la unidad a la red de prestadores del Seguro Popular.

Es importante destacar que este procedimiento es gratuito y de carácter obligatorio para los establecimientos que buscan prestar servicios o afiliarse al Seguro Popular y su vigencia es indefinida.

En México la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, a través de su Dirección General de Calidad y Educación en Salud es el organismo responsable de llevar a cabo la evaluación con fines de acreditación, aunque existen también organismos internacionales para la acreditación de hospitales, uno de ellos es la Joint Commission Internacional (JCI), el cual es el de mayor renombre a nivel mundial.

La acreditación otorgada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud le otorga a los establecimientos de atención médica beneficios como:

Incorporación o poder seguir prestando servicios al Sistema de Protección Social en Salud.

Facilitar la puesta en marcha de la política nacional de calidad y seguridad del paciente y a la institucionalización de la calidad en el Sistema Nacional de Salud.

### **2.5.3 ¿Qué es la certificación?**

La certificación es el proceso mediante el cual el Consejo de Salubridad General (CSG) reconoce a los establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes.

El mecanismo de certificación se basa en los estándares internacionales de mayor aceptación a nivel mundial, ya que en el 2011, estos fueron homologados con los de la Joint Commission International, y para 2012 se realizaron algunos cambios que implicaron una mayor adaptación a los servicios de salud de México.

Entre los beneficios de la certificación de hospitales destacan que:

Su implementación evidencia el compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal de la unidad y la sociedad.

De igual forma, refuerza la imagen institucional, ya que la certificación al ser una evaluación externa, demuestra a los pacientes, familiares, médicos y a la ciudadanía que la organización trabaja con estándares de la más alta calidad.

Distinciones entre acreditación y certificación de establecimientos de atención médica.

Respecto a las diferencias entre la acreditación y la certificación de hospitales, en primer lugar podemos mencionar que la acreditación evalúa la capacidad para brindar los servicios cubiertos por el Seguro Popular mientras que

la certificación evalúa la capacidad para brindar todos los servicios que la unidad ofrece, independientemente de que los servicios estén o no cubiertos por el Seguro Popular.

A diferencia de la acreditación, no existe obligación por parte de la entidad federativa en donde se encuentre la unidad para apoyarla financieramente en caso de que su dictamen sea desfavorable.

Uno de los factores más importantes para la consecución de la acreditación o certificación es la medición de resultados. Esto se logra a través de la implementación de indicadores de desempeño (KPIs) claros y que permitan la toma de decisiones oportunas y basadas en evidencia, además de servir como base para contar con un proceso de mejora continua en cada una de las áreas del hospital.

Algunas de las ventajas más importantes de contar con la acreditación o la certificación radican en que:

Los procesos que se llevan a cabo en el hospital están basados en buenas prácticas nacionales e internacionales, enfocadas en mejorar la calidad de los servicios y atención al paciente.

Y por otro lado, los establecimientos de atención médica pueden acceder a subsidios y financiamiento de los gobiernos locales.

## 2.6 Código de ética

La ética está vinculada a la moral y establece lo que es bueno, malo, permitido o deseado respecto a una acción o una decisión. El concepto proviene del griego *ethikos*, que significa “carácter”. Puede definirse a la ética como la ciencia del comportamiento moral, ya que estudia y determina cómo deben actuar los integrantes de una sociedad.

Un código, por su parte, es una combinación de signos que tiene un determinado valor dentro de un sistema establecido. En el derecho, se conoce como código al conjunto de normas que regulan una materia determinada.

Un código de ética, por lo tanto, fija normas que regulan los comportamientos de las personas dentro de una empresa u organización. Aunque la ética no es coactiva (no impone castigos legales), el código de ética supone una normativa interna de cumplimiento obligatorio.

No divulgar información confidencial, no discriminar a los clientes o los compañeros de trabajo por motivos de raza, nacionalidad o religión y no aceptar sobornos, por ejemplo, son algunos de los postulados que suelen estar incluidos en los códigos de ética.

Las normas mencionadas en los códigos de ética pueden estar vinculadas con las normas legales (por ejemplo, discriminar es un delito penado por la ley). El principal objetivo de estos códigos es mantener una línea de comportamiento uniforme entre todos los integrantes de una empresa. Al incluir instrucciones por escrito, no resulta necesario que un directivo explique a cada momento cuáles son las obligaciones que tiene un empleado.



Por otra parte, aquellas personas que redactan el código de ética se encuentran en una posición jerárquica sobre el resto, ya que están en condiciones de estipular cuáles son las conductas correctas desde un punto de vista moral.

### **2.6.1 La medicina, enfermería y el código de ética**

Como ya lo hemos expresado, la obligación de todo profesional es manifestar una conducta impoluta donde la ética sea su principal objetivo. Como se trata de un servicio social, debe estar basada en querer el bien para la comunidad en la cual se actúa.

Código de Ética. El primero en manifestar una serie de normas que deberían cumplirse a la hora de realizar cualquier tarea social, fue Hipócrates, cuando la medicina todavía no existía como tal. Fue él quien marcó las pautas éticas que más tarde se manifestarían como fundamentales para el ejercicio de la medicina en cualquier punto del planeta. De todas formas, no fue recién hasta 1979 que se describieron, dentro del círculo médico, los principios éticos y morales que todo profesional debía manifestar. Dicho tratado se llamó de Ballantine y fue publicado en 1979.

Lamentablemente a lo largo de la historia la medicina se ha descarrilado de su fin primero: ayudar a las personas a mejorar su calidad de vida y ha llegado a ser un instrumento de manipulación para las diversas ideologías; esto ha llevado a que muchas personas descrean de la medicina y que ésta se haya tornado en un negocio lícito. Pese a ello, es importante señalar la importancia de recuperar el verdadero sentido que esta ciencia tuvo en sus orígenes.

## 2.7 Decálogo de Enfermería

Como toda profesión y más una tan delicada como lo es la enfermería; debe estar regida por una serie de principios básicos con el objetivo de brindar una práctica con calidad humana.

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y cada circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal.

La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y lugar.

El objetivo de la ética es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente. Su objetivo formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno. Para que un acto sea considerado como bueno o moral debe realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto la ética estudia la moralidad de los actos humanos.

El ejercicio de la enfermería requiere de la conciencia de que los valores que se sustentan a diario son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en suma la vida humana toda, requiere que todos los profesionales de la enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen.

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.

2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.

3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.

5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.

9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

### **CAPÍTULO 3: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

**¿Durante la estancia hospitalaria de los pacientes que acuden al Hospital de Nuestra Señora de la Salud, se realiza un manejo adecuado del expediente clínico para lograr la certificación de dicho hospital?**

Dentro del Hospital de Nuestra Señora de la Salud en Morelia Michoacán, se desea realizar una investigación donde se pueda llevar a cabo el seguimiento de si en esta institución se realiza e llenado correcto y el manejo indicado para llevar a cabo todos los procedimientos que sean necesarios utilizando un documento legal como lo es el expediente clínico.

Se desea llegar a fondo de esta investigación llevando a cabo algunas actividades y comparaciones que ayuden a analizar si es correcto el manejo del expediente clínico dentro de esta institución.

Con la aportación de la pasante en enfermería Liliana Flores Prieto y con la participación del Dr. Carlos Bedolla Zavala, se desea lograr un resultado positivo ante este seguimiento de esta investigación con el propósito de modificar este llenado correcto del expediente clínico con fines de soluciones y evitando problemas legales y de salud.

### **3.1 Justificación**

Esta investigación se desea realizar para el seguimiento del el llenado y el manejo correcto del expediente clínico para lograr una certificación y que sea aceptada esta propuesta para que el personal de enfermería y el personal médico realice sus actividades bajo un documento legal que proporcione calidad y seguridad para los pacientes que acuden a la institución.

Se desea también que esta investigación favorezca a la consciencia del personal de enfermería y médico para que se vuelva un hábito el realizar el llenado correcto de todo lo contenido en el expediente clínico para mejorar y dejar claro todo el tratamiento y los procedimientos realizados por el personal de la salud y así mismo brindar un mejor control al llenar el expediente clínico propio de cada paciente que acude al hospital.

### **3.2 Objetivo general**

Ahora con el formato avalado por la dirección del hospital, de la nota egreso se valorará la forma en que se está cumpliendo con el llenando de este formato por el personal de enfermería y médico; como se deja ver en la nota de egreso valora otras variables, la evaluación de este formato permitirá observar desde la cantidad de pacientes que ingresan y egresan, los días de estancia, los motivos de ingreso, motivos de egreso, y el tratamiento realizado.

### **3.3 Objetivos específicos**

1.- Valorar si el llenado del expediente clínico es el correcto por parte del personal médico.

2.- Determinar si el formato establecido es el correcto para formar parte del expediente clínico.

3.- Detectar las complicaciones que pueden ocurrir durante el llenado del expediente clínico.

### **3.4 Hipótesis**

El llenado y el manejo del expediente clínico son influyentes para lograr una certificación, un llenado correcto y legal basándose en el formato que se estableció para obtener cuidado y atención de calidad para la seguridad de las personas que acuden al Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

#### **Variables**

##### **Variable Independiente:**

Mayor control y manejo del expediente clínico.

##### **V. Dependientes:**

Mejor llenado del expediente clínico.

### **3.5 Estrategia metodológica**

En el siguiente contenido se menciona el tipo de investigación que se desea elaborar con el fin de detectar y orientar cual es el llenado que se ha estado manejando con el expediente clínico de cada paciente dentro del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, con el objetivo de modificar toda aquella característica inadecuada para el llenado y manejo adecuado de la hoja de egreso que es la que muestra un resumen del tratamiento de cada paciente y que por tanto se valorará mediante una recopilación de los datos del llenado con la hoja de egreso. Con la participación del personal de enfermería y el personal médico se realizarán capacitaciones donde se brinde y proporcione la información que se requiere para llevar a cabo el llenado correcto del expediente clínico dentro del hospital.

#### **Acción**

Detectar y orientar al personal de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud sobre el manejo correcto del expediente clínico basado en el llenado adecuado de la hoja de egreso de cada paciente para resumir y evaluar los cuidados y el tratamiento prescrito.

#### **Tipo de investigación**

La siguiente investigación se realizará cualitativa debido a que lo que se quiere demostrar con esta investigación es una observación y un análisis a fondo acerca del llenado correcto del expediente con el uso de la hoja de egreso para



verificar si el personal de enfermería y el personal médico lleva a cabo un manejo adecuado de los expedientes clínicos de cada paciente.

## **Concepto de método de investigación**

Es el conjunto de procedimientos o de pasos a seguir para llevar a cabo una investigación a profundidad y poder evaluar u observar las diferentes características que se desean encontrar de algún tema en específico.

Durante esta investigación se observará y se detectará si el llenado y el manejo del expediente clínico por parte del personal de enfermería en conjunto con el personal médico es correcto para un uso legal y adecuado y así mismo valorar las características que reúne cada expediente y lograr un control del documento personal de cada uno de los pacientes. Por lo tanto se realizará la recopilación de datos en una tabla de Excel donde se registrarán las características que contiene la hoja de egreso manejada por los médicos del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, y con la valoración de esta hoja se ejecutará la valoración de si es correcto el manejo de los expedientes clínicos.

Se pretende encontrar una solución y sugerir nuevas estrategias para un mejor control sobre el llenado correcto del expediente clínico, todo con el fin de evitar problemas legales para el personal de enfermería y el personal médico del hospital ya mencionado.

### **3.6 Evaluación**

Se llevará a cabo una recopilación de datos por medio de una tabla en Excel donde se hará un vaciado de la información proporcionada por las hojas de egreso de cada expediente clínico para valorar a los médicos que realizan el llenado de dicha hoja. Durante la recopilación de datos acerca de la hoja de egreso que contiene el expediente clínico se observará si realmente se realiza un manejo correcto de dicho documento, y al observar las diferentes aportaciones del personal se brindarán capacitaciones impartidas por la pasante de enfermería y el médico colaborador para mejorar el llenado y capacitar al personal que participa en dicho proceso con el fin de evitar errores que impidan una realización adecuada para llevar a cabo un formato que ayude a lograr la certificación del hospital donde se está realizando la investigación del expediente clínico.

## CAPÍTULO 4: DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se explicará el manejo y llenado del expediente basándonos en la hoja de egreso la cual se diseñó exclusivamente para que los médicos y enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud realicen un llenado correcto basándose en la norma oficial mexicana nom-168-ssa1-1998, del expediente clínico.

Durante la recopilación y el análisis del llenado del expediente clínico utilizando el formato que se diseñó en Excel, se observa que no se ha realizado correctamente el llenado tanto de la hoja de egreso la cual forma parte del expediente clínico. A pesar de las capacitaciones que el Dr. Carlos Bedolla y la pasante en enfermería Liliana Flores Prieto proporcionamos a los médicos residentes y adscritos así como el personal de enfermería del HNSS no quedó lo suficientemente claro pues desde el mes de Septiembre que se les explicó y se inició con la investigación para identificar si el llenado del expediente era el correcto para poder lograr una certificación de la institución donde se empleo el trabajo de investigación con el expediente clínico.

Del 1 de Septiembre hasta el 1 de Diciembre se realizó una evaluación para identificar y tratar de corregir el correcto llenado de los expedientes de dicha institución con el objetivo de que mes con mes se establecieran y se presentaran los puntos donde hay confusiones al realizar el llenado del expediente poniendo énfasis en la hoja de egreso.

Analizando los tres meses en que se llevó a cabo la investigación llegamos a la conclusión de que aún hay muchas dudas como son algunos datos

personales que son indispensables para la elaboración sobre el llenado del expediente clínico y durante la investigación y las capacitaciones que se han estado brindando con frecuencia; no obstante, seguirá en observación este manejo para que se pueda lograr una certificación apoyándonos con la participación del personal médico y de enfermería del HNSS.

Durante el primer mes de investigación que fue durante el mes de Septiembre precisando que iniciamos con la investigación el día 1 al realizar el vaciado de las hojas de egreso que forman parte del expediente clínico, se pudo observar que los médicos y enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud no habían comprendido la capacitación ni el formato de la hoja que se está manejando dentro del expediente clínico en el hospital ya que al revisar los formatos se percató que había datos que se dejaban incompletos o que al llenar la hoja no lo hacían correctamente tal y como se les indicó en las capacitaciones previas al uso de dicha hoja. Analizando el llenado durante el mes de Septiembre hubo algunas modificaciones en los formatos de las hojas de egreso hará que haya más precisión al llenar la hoja y que no hubiera confusión por parte del personal de la salud de dicho hospital.

En el mes de Octubre se realizó una capacitación para que los médicos y enfermeras identificaran sus fallas y resolvieran sus dudas acerca de llenado correcto del formato de egreso y al parecer en dicha capacitación no se presentaron dudas y estaba claro el llenado. Al analizar al final del mes, se percató que el llenado nuevamente estaba incorrecto e incompleto pero no por dudas por parte del personal sino más bien eran datos que el personal capacitado omitía por razones que no tienen justificación pues en la capacitación se explicó claramente que datos se debían aplicar.

En el mes de Noviembre ya finalizando el estudio y la observación del llenado del expediente clínico nos damos cuenta que no se llena completamente la hoja de egreso con las características que se indicaron en cada capacitación. Observamos que si el llenado del formato de la hoja de egreso sigue así el Hospital de Nuestra Señora de la Salud no cumple con los requisitos establecidos para la certificación de dicha institución y esto es un impedimento para realizar el llenado correcto de los documentos que conforman el expediente clínico.

Las capacitaciones impartidas por el Dr. Carlos Bedolla Zavala y la pasante en enfermería Liliana Flores Prieto brindaron siempre mejoras y opciones para facilitar y llevar a cabo un correcto llenado puesto que había muchas confusiones al momento de realizar correctamente un llenado correcto. Se proporcionó con facilidad la información y se aclararon dudas para evitar y poder corregir los errores que se identificaron al observar los datos proporcionados por el personal de la salud al llenar el formato de la nota de egreso.

Durante la recopilación de los datos acerca de cómo se llenaron los formatos que correspondían al llenado de la nota de egreso del expediente clínico se observaron dificultades y errores que por lo general fueron por complicaciones de tiempo tanto al llevar a cabo el llenado del formato o porque en ocasiones no acudían a las capacitaciones y no se esclarecían dudas que existían acerca de los datos que se pedían en dicho formato, por lo tanto no se llevaba a cabo un llenado correcto de acuerdo a lo establecido y a lo impartido por parte de las personas que colaboraron con dicha investigación. El tiempo por parte de la pasante en enfermería y del Dr. Carlos Bedolla Zavala que participaron en conjunto para elaborar la investigación fue también parte influyente para que muchas veces no se logrará una obtención de información como se deseaba.

Basándonos en la información analizada y observada después de los tres meses de dedicación y trabajo con el personal de la salud para lograr el correcto llenado podemos deducir que no se ha logrado un correcto manejo del expediente clínico pues falta participación y más análisis de lo que está pasando con las dificultades al realizar el llenado de este documento confidencial. Puede expresarse que la hipótesis es cierta y correcta ante esta situación que esclarece nuestra investigación pues es de mucha importancia y de manera influyente que el personal de la salud realice un manejo correcto del expediente clínico, todo esto con el fin de mejorar y poder lograr adquirir una certificación cumpliendo con todos los requisitos que esto conlleva.

Las variables permitieron una recopilación apropiada sobre el llenado correcto de expediente pues se pudo analizar y observar que a mejor manejo hay un mejor y correcto llenado del expediente clínico con el cual podemos adquirir datos de importancia que al manejarlos de manera adecuada se puede lograr un llenado correcto para los establecimientos requeridos por parte de las instituciones que pueden ayudar a que se logre una certificación del Hospital de Nuestra Señora de la Salud en donde se ha estado llevando a cabo la investigación.

## CONCLUSIONES

Durante la investigación acerca del expediente clínico podemos observar que no se ha podido establecer un correcto llenado de este documento pues ni el personal de enfermería ni el personal médico ha entendido los requerimientos que establece la norma oficial mexicana nom-168-ssa1-1998, del expediente clínico.

En el Hospital de Nuestra Señora de la Salud los médicos especialistas, residentes y el personal de enfermería con el que se trabajó durante este periodo de investigación no ha identificado los requerimientos que se piden para realizar un manejo y correcto llenado del expediente clínico; se realizaron diversas capacitaciones para manifestar a los médicos y personal de enfermería sobre la importancia del llenado correcto del expediente y proporcionando información específica para que estuviera claro este proyecto que se implementaría en la institución donde se llevo a cabo el estudio.

Ante cada capacitación los temas a exponer eran acerca de lo que se quería lograr con este trabajo en equipo en el cual estuvieron de acuerdo todos los involucrados en el proceso del llenado correcto. El director médico de la institución autorizó el formato que se estableció respetando siempre los requerimientos que establece la norma oficial del expediente clínico, todo esto para lograr una certificación y poder evitar errores legales.

Mediante esta elaboración pudimos identificar las diferentes características que conlleva el llenado del expediente clínico, pero a pesar de toda la información, la capacitación y la disposición del personal de la salud no pudimos lograr que

todo los colaboradores realizaran el llenado digno del documento legal que día a día realizamos.

Como se observa, existen serias deficiencias en la elaboración de los expedientes clínicos que pueden ser debidas al desinterés por parte de los médicos, al desconocimiento de la normatividad ya una deficiente supervisión por parte de las autoridades correspondientes.

Por otro lado en el hospital se debe establecer un comité de evaluación del expediente clínico para vigilar su integración en forma correcta y completa, con el fin de asegurar que la información relevante para la adecuada atención médica de la paciente quede registrada.

La experiencia durante esta investigación ha demostrado que mediante el expediente clínico es posible conocer el estado del paciente, así como seguir paso a paso la conducta del médico. Si bien es cierto que puede existir la situación de que una buena atención no esté reflejada en el expediente, lo habitual es que, mediante el análisis crítico de éste, se puedan determinar fallas en la atención del paciente y con ello mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos.

Se espera continuar con la investigación hasta que podamos lograr y capacitar al personal médico y de enfermería a realizar el llenado correspondiente del expediente clínico y poder generar más aprendizaje e iniciativa para lograr una certificación siguiendo todos los requisitos establecidos.



## GLOSARIO

**CONAMED:** Comisión Nacional de Arbitraje Médico

**Defunción:** Muerte de una persona.

**Dietología:** Es el arte y la ciencia de la aplicación de la nutrición a los problemas de la alimentación.

**Habitus:** Manera de ser, aspecto externo, porte exterior, complexión, constitución, estado, naturaleza o conformación física.

**Enfermedades Heredofamiliares:** Enfermedades heredadas por familiares cercanos.

**Hídrico:** Comparación entre los aportes y las pérdidas de agua en ese lugar y para ese período.

**Hipertensos:** Personas que padecen cifras altas de presión arterial.

**Histopatológico:** Rama de la Patología que trata el diagnóstico de enfermedades a través del estudio de los tejidos.

**Imagenológicos:** La radiología es una rama de la medicina que utiliza la tecnología

**Imagenológica:** para diagnosticar y tratar una enfermedad.

**Interconsulta:** derivación de un paciente, por parte del médico tratante, a otro profesional sanitario.

**Internamiento:** Período de tiempo en que una persona está internada por causas de enfermedad.

**Ministración:** Dar, suministrar una cosa

**Necropsia:** Exploración física externa del cadáver antes de proceder con la apertura de cavidades.

**Odontológico:** Especialidad médica que se dedica al estudio de los dientes y las encías y al tratamiento de sus dolencias.

**Patológicos:** Constituye enfermedad o es síntoma de ella.

**Quirúrgico:** De la cirugía o relacionado con esta parte de la medicina.

**Reforma:** Cambio planificado por utilidad y conveniencia en un sistema moderados.

**Rehabilitatorias:** Indicador pronóstico de cómo se recupera un paciente.

**Salpingoclasia:** Ligadura de trompas Falopio.

**Tórax:** Parte superior del tronco del ser humano.

**Vasectomía:** Sección y ligadura de los conductos deferente

## FUENTES DE CONSULTA

### Documentos:

Secretaría de Salud, **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998**, DEL EXPEDIENTE CLINICO.

Aguirre Gas Héctor. (1997) **Calidad de la atención médica**. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México.

Cano Torres, Orlando. (1984) Consideraciones generales sobre el registro del diagnóstico médico. Bol. Epidemiol.

Dawdy-MR; Hunter-DW; (1997). Gilmore-RA. Correlation of patient entry rates and physician documentation errors in dictated and handwritter emergency treatment records. Am. J. Emerg. Med.

UNAM (1997). Estudio analítico del expediente clínico, Fac. de Medicina.

Evaluación médica, (1972). Subdirección General Médica del IMSS.

Expediente clínico en la atención médica. México. (1973). Subdirección Gral. Médica, IMSS,

Diario Oficial Federación, última reforma, (2011) Código Penal Federal,

Diario Oficial de Federación, última reforma, (2009) Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

Diario Oficial de Federación, última reforma (2009). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Diario Oficial de Federación (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

## ANEXOS

ACCION	ACTIVIDAD	FUENTES DE INFORMACION	FECHA / HORA	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
Llenado correcto del expediente clínico	Registro del formato de alta del expediente clínico.	Expediente clínico del HNSS	16/12/15 16:00	Liliana Flores Prieto. Carlos Bedolla Zavala	El registro se realiza mediante el llenado correspondiente en un formato de Excel para su mejor manejo.
Capacitaciones para los médicos y enfermeras del HNSS	Orientación sobre el manejo del expediente clínico	(NORMA OFICIAL MEXICANA 168-SSA-1998.)	19/12/15 13:00	Liliana Flores Prieto Carlos Bedolla Zavala	La capacitación se brinda hacia el personal del HNSS (médicos y enfermeras)